

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Hématomes de la Région Fessière

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 Juillet 1921

PAR

Théodore-Charles-Thérèse GONZALEZ

Décoré de la Croix de Guerre

Né le 15 Octobre 1891, à Biarritz (Basses-Pyrénées)

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	} <i>Juges.</i>
		PRINCETEAU, agrégé.....	
		MURATET, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1921

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Hématomes de la Région Fessière

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 Juillet 1921

PAR

Théodore-Charles-Thérèse GONZALEZ

Décoré de la Croix de Guerre

Né le 15 Octobre 1891, à Biarritz (Basses-Pyrénées)



Examineurs de la Thèse

{ MM. VILLAR, professeur *Président.*
SABRAZÈS, professeur
PRINCETEAU, agrégé } *Juges.*
MURATET, agrégé

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

—
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
Clinique externe.....	CASSAET.	Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale...	FERRE.
Clinique d'accouchements	VILLAR.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
Anatomie Pathologique ..	CRUCHET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Anatomie	RIVIERE.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSEUS.
Physiologie	PICQUE (chargé)	Chimie biologique.....	DENIGES.
Hygiène	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Médecine légale.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale.....	AUCHE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Chimie	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Botanique et matière médicale	BERGONIE.	Clinique psychiatrique.....	ABADIE.
	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	MOURE.
	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		LEURET.
Anatomie et embryologie {	PICQUE.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Histologie	N....		CREYX.
Physiologie	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales	N....
Parasitologie et Sciences naturelles	DELAUNAY.	Médecine légale.....	PERRENS.
Physique biologique et médicale.....	R. SIGALAS (chargé)		LANDE.
Chimie biologique et médicale.....	N....	Chirurgie générale	GUYOT.
Anatomie pathologique ..	RÉCHOU.		ROCHER.
Médecine générale.....	N....	Obstétrique.....	DUVERGEY.
	MURATET.		PAPIN.
	PETGES.	Ophthalmologie	PERY.
	CARLES (J.).	Pharmacie	FAUGERE.
	MAURIAC.		TEULIERES.
			LABAT.
			N....

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire.....		MM. CAVALIE.
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....		CARLES (J.).
— — de médecine opératoire.....		VENOT.
— — d'accouchements		FAUGERE.
— — d'ophtalmologie		CABANNES.
— — de puériculture		ANDERODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale.....		SELLIER.
— — d'hygiène appliquée		N....
— — d'analyse chimique qualitative et quantitative		N....
— — de démonstration et de préparation pharmaceutique.....		LABAT.
— — de microbiologie		N....
— — de pathologie interne		MAURIAC.
— — de pathologie externe.....		GUYOT.
— — de vénéréologie		PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Hommage de vive gratitude pour
le grand honneur qu'il me fait en
acceptant la présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hématomes de la Région Fessière.

INTRODUCTION

Les hématomes de la région fessière fréquents en tant que simples ecchymoses sont beaucoup plus rares en tant qu'hématomes vrais. La partie vasculo-nerveuse de cette région est en effet bien protégée par une épaisse couche musculaire.

C'est précisément à cause de cette rareté relative et parce qu'il nous a été donné d'en observer un cas très intéressant dans le service de chirurgie de notre maître M. le Professeur VILLAR, que nous avons voulu dans notre thèse passer en revue les différentes variétés d'épanchements sanguins que l'on peut rencontrer dans cette région.

Il semble, en effet, que l'on n'ait pas publié jusqu'ici beaucoup d'observations relatives à des hématomes profonds de cette région.

La simple contusion, l'ecchymose plus ou moins marquée sont évidemment des choses banales et fréquentes. Mais beaucoup plus intéressantes sont ces collections sanguines profondes qui peuvent parfois au début de leur évolution

égérer le diagnostic si l'on ne songe à leur existence possible.

Leur intérêt d'ailleurs ne réside pas exclusivement dans le seul fait de la délicatesse du diagnostic, mais aussi et surtout dans les conséquences parfois graves qu'elles peuvent avoir pour le malade. Le seul fait d'y songer les fera diagnostiquer sans peine par le clinicien qui emploiera dès lors une thérapeutique appropriée.

Qu'il nous soit permis avant d'aller plus loin de remercier M. le Docteur René VILLAR, Chef de Clinique chirurgicale, pour les excellents conseils qu'il nous a toujours donnés au cours de nos études médicales.

CHAPITRE I

Région Fessière.

Il nous paraît nécessaire, pour la clarté de l'exposition et la bonne compréhension de notre sujet, de rappeler ici en quelques mots et d'une façon schématique l'anatomie topographique de la région.

Située à la partie postérieure de la hanche, la région fessière affecte la forme d'un quadrilatère. Elle est limitée en haut par la crête iliaque, en bas par le pli fessier, en dedans par le bord latéral correspondant de la colonne sacro-coccygienne, en dehors par une ligne verticale descendant de l'épine iliaque antéro-supérieure vers le grand trochanter, et venant rejoindre le pli fessier. Enfin, en profondeur, elle s'étend jusqu'à la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale.

Nous mentionnerons simplement sans nous étendre la peau et la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. Nous ne ferons également que rappeler les muscles de la région.

Tout d'abord, nous avons le grand fessier, puis le moyen fessier, et plus profondément le petit fessier, le pyramidal du bassin, le jumeau supérieur, l'obturateur interne, le jumeau inférieur, l'obturateur externe et enfin le crural.

L'aponévrose fessière mérite d'être étudiée tout particulièrement. Elle recouvre la région dans toute son étendue; elle se détache de la crête iliaque et du bord postérieur du

muscle tenseur du fascia lata, s'étale tout d'abord au devant du moyen fessier, où elle présente une épaisseur considérable et atteint bientôt le bord antéro-supérieur du grand fessier. A cet endroit, elle se divise en trois feuillets superposés :

1° Le feuillet superficiel recouvrant la face superficielle du grand fessier dans toute son étendue, débordant la région fessière en dedans, pour passer dans la région sacro-coccygienne. Sur le pourtour du muscle, ce feuillet superficiel s'attache successivement sur la crête sacrée, le coccyx, sur le ligament sacro-sciatique. En bas et en dehors, il se continue directement avec l'aponévrose fémorale ;

2° Le feuillet moyen, très mince, tapissant la face profonde du grand fessier jusqu'au bord postéro-inférieur de ce muscle où il s'unit au feuillet précédent pour former au grand fessier une gaine complète ;

3° Le feuillet profond continuant à revêtir le moyen fessier et au dessous de lui tous les autres muscles profonds de la fesse. Au dessous du pyramidal et des muscles qui lui font suite, il n'est plus qu'une mince toile celluleuse.

Entre le feuillet moyen et le feuillet profond de cette aponévrose, se trouve la couche cellulo-adipeuse sous-fessière qui sera dans la plupart des cas le siège des hématomes profonds. Elle offre d'autant plus d'intérêt qu'elle présente des voies de communication et de diffusion possible avec les régions voisines. Ce sera, d'une part : par la grande échancrure sciatique avec le tissu cellulaire du bassin (voies sus et sous-pyramidales). En second lieu, par la petite échancrure sciatique cette fois ci avec le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale. Enfin, en bas et en dehors suivant le trajet du nerf grand sciatique avec le tissu cellulaire sous-aponévrotique de la face postérieure de la cuisse. Notons au passage la présence de bourses séreuses dans la

région. Il existe parfois une bourse séreuse simple dans le tissu cellulaire sous-cutané, une beaucoup plus importante sur la face externe du grand trochanter, une autre sous la tubérosité ischiatique.

Signalons pour mémoire la constitution du plan squelettique, formé par l'os coxal, la face postérieure de la capsule articulaire, le col du fémur, et le grand trochanter.

Au point de vue de la vascularisation, outre ses vaisseaux propres, la région fessière en contient beaucoup d'autres qui ne font que la traverser. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouvera quelques artérioles sans importance, et des veines qui communiquent avec celles des régions voisines et aboutissent à la veine fémorale.

Au dessous du grand fessier, on trouve trois artères volumineuses, la fessière, l'ischiatique, et la honteuse interne.

La fessière, qui est la plus importante, émerge du bord supérieur du pyramidal et se porte bientôt de bas en haut pour se diviser en deux branches, superficielle et profonde, se distribuant aux muscles fessiers.

L'ischiatique s'échappe du bassin au dessous du bord inférieur du pyramidal et donne des branches musculaires pour le grand fessier, d'autres qui descendront face postérieure de la cuisse. Quant à la honteuse interne, qui sort du bassin en dedans de la précédente, elle pénètre dans la fosse ischio-rectale et se distribue aux différents organes du périnée. Des veines de même nom accompagnent ces artères formant autour d'elles des sortes de plexus assez serrés et se jettent finalement dans l'iliaque interne.

Afin d'expliquer les phénomènes douloureux consécutifs à une compression dans la région, nous croyons bon de rappeler succinctement les importants troncs nerveux qui la traversent.

Les nerfs superficiels viennent des plexus sacré et lombaire ; les nerfs profonds sont au nombre de quatre : le fessier supérieur, qui accompagne l'artère fessière ; le petit

sciatique, sortant du bassin par le bord inférieur de la grande échancrure sciatique; le nerf honteux interne, qui ne fait qu'apparaître dans la région avant de disparaître dans le périnée; enfin le nerf grand sciatique, le plus important de tous car ses lésions inflammatoires ou traumatiques s'accompagnent de troubles paralytiques et de phénomènes douloureux.

CHAPITRE II

Variétés Cliniques.

Le mot hématome qui s'emploie pour désigner les collections sanguines d'origine traumatique sert également à définir certaines tumeurs hématiques nées spontanément et sans cause apparente.

Le mode de formation d'un épanchement sanguin traumatique est simple et banal; en effet, lorsque pour une raison quelconque, une veine, une artériole, des capillaires viennent à s'ouvrir, le sang fuse dans les parties avoisinantes où il va s'organiser « l'hématome est constitué ».

Nous verrons plus loin que l'origine de la collection, dans des cas d'hémophilie par exemple, sera beaucoup plus obscure.

Quelles sont donc, au point de vue anatomo-clinique, les différentes formes d'hématomes que nous rencontrerons?

On peut, en les classant suivant leur importance, considérer trois degrés :

Dans le premier, qui ne nous offre pas un gros intérêt et sur lequel nous ne nous étendrons pas, on rencontre des épanchements superficiels peu abondants. Ce seront les ecchymoses simples, facilement reconnaissables à leur teinte bleu noirâtre du début, puis verte et jaune citron... « les bleus ou les noirs du public ».

Dans un deuxième degré, nous allons voir le sang s'épancher plus abondamment sous les téguments. Là l'ecchymose sera plus ou moins précoce, mais nous aurons en plus la

présence d'une masse qui, de fluctuante au début, pourra par formation de caillots devenir plus mollassse, et tremblottante par la suite.

Les épanchements sanguins profonds, qui constitueront notre troisième degré, ne seront pas toujours faciles à reconnaître dans les premiers jours. D'une part, en effet, le malade ne s'apercevra de leur présence que lorsqu'ils auront acquis un volume suffisant pour provoquer une gêne fonctionnelle quelconque. D'autre part le médecin à travers l'épaisseur des muscles fessiers, et devant une symptomatologie parfois toute subjective pourra ne pas faire immédiatement le diagnostic.

C'est ainsi, par exemple, que l'on rapporte un cas dans lequel VELPEAU embarrassé pour faire le diagnostic précis d'une tumeur de la fesse, ne fut tiré d'embarras qu'après plusieurs jours. Son malade, en effet, qui jusque là avait soigneusement caché la chose, lui avoua tout bonnement avoir reçu un coup de pied... dans la région précitée.

Ces épanchements restent parfois à l'état de tumeurs profondes causant simplement une gêne légère, mais sans jamais déterminer de coloration ecchymotique des téguments. Parfois même, ils pourront demeurer stationnaires fort longtemps et, leur porteur les tolérant par habitude, subir une transformation qui les rendra ultérieurement méconnaissables. GOSSELIN rapporte à ce sujet dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, de 1864, avoir extirpé chez un malade dont nous citons plus loin l'observation, une tumeur hématique qui datait de seize ans.

Dans certains cas, dont VELPEAU nous donne des exemples dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, on peut noter la présence de kystes hématiques qui se sont développés à la suite d'un choc ou d'un frottement plus ou moins prolongé dans les bourses séreuses de la tubérosité ischiatique et du grand trochanter.

Symptomatologie.

Quant à la symptomatologie, elle sera évidemment différente suivant l'importance, le siège et l'origine de l'hématome. Nous ne nous étendrons pas longuement sur les symptômes propres à chaque degré, nous réservant, pour éviter la répétition, de les mentionner au cours des observations qui suivent.

Signalons toutefois dès à présent que dans la variété du troisième degré, la plus intéressante d'ailleurs, nous trouverons comme signes physiques une tuméfaction plus ou moins volumineuse dont la consistance, parfois difficile à apprécier, sera fluctuante ou rénitente.

Les signes fonctionnels seront tout d'abord une sensation de gêne à la marche, de plénitude de la région dans la position assise, avec parfois des phénomènes douloureux.

Lorsque l'hématome atteindra un volume considérable, comme dans le cas de notre observation n° 6, à tous ces symptômes viendront s'ajouter des signes de faiblesse et d'anémie.

CHAPITRE III

Étiologie.

Les hématomes considérés au point de vue de leur étiologie peuvent se ranger en deux grandes classes. Les premiers seront dus à des causes extrinsèques, chocs, ou traumatismes, les seconds, provoqués ou spontanés, auront plutôt une origine pathologique.

Nous n'allons pas décrire dans ce chapitre tous les traumatismes pouvant causer un épanchement dans la région fessière, l'énumération en serait fastidieuse. Nous trouverons au cours des observations qui vont suivre des exemples qui illustreront de façon suffisante ce chapitre d'Étiologie.

C'est ainsi que nos deux premières observations se rapportent à des cas d'hématomes de la première classe par causes externes.

Notre observation N° 1 a trait à un épanchement consécutif à un traumatisme simple, une chute sur la région fessière.

Dans la deuxième, c'est un traumatisme plus intense, le choc brutal d'un coup de pied lancé avec force, qui a déterminé la formation de l'hématome.

Notre troisième observation nous offrira le type que nous rangeons dans la deuxième classe. Là, aucune cause externe; l'hématome est venu spontanément en apparence, à moins d'admettre qu'un effort ait déterminé la rupture de certains petits vaisseaux par déchirure musculaire.

Dans le cas de notre observation N° 4, l'épanchement est bien dû à cet état constitutionnel et diathésique permanent,

congénital, le plus souvent héréditaire que l'on désigne sous le nom d'hémophilie.

Toutefois comme le fait remarquer LEGUEU, dans un *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie* de 1910, «l'hémophilie musculaire doit-être fort rare». Deux observations seulement dans la littérature médicale, l'une rapportée dans la thèse de GRENAUDIER (Paris, 1882), la deuxième de GAYET, dans la *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* de 1895.

L'étiologie dans ces cas est des plus obscures !

L'hématome né du muscle vient se collecter en forme de caillots entre lui et l'aponévrose qu'il décolle.

Comme nous le verrons dans notre cinquième observation, les tumeurs formées par les kystes hématiques se développent lentement et sans occasionner de troubles graves de la santé. Indolentes et ne provoquant qu'un peu de gêne, elles sont exposées à des froissements, qui, bien qu'ils ne produisent pas une véritable inflammation, ne sont sans doute pas étrangers aux transformations fibreuses des parois.

Nous arrivons maintenant à notre dernière observation ; là, nous sommes en présence d'un énorme hématome de la fesse gauche. Quoique l'étiologie soit dans ce cas assez peu nette, il semble que l'on ait affaire à un hémophile.

OBSERVATION N° 1

(*France Médicale*, Paris 1874. — E. ORY, Interne des Hôpitaux.)

P..., âgée de 36 ans, bien constituée, entre le 19 février 1874 dans le service du Professeur TRÉLAT.

Elle fit il y a cinq mois une chute en arrière dans un escalier. Il s'est produit à la suite une vaste ecchymose de la région fessière gauche. Sensation de tuméfaction et de douleur lorsque la malade veut s'asseoir. Il y a également une certaine gêne à la marche. C'est pour cette raison que la malade entre à l'hôpital.

À l'inspection on constate que la fesse gauche n'a plus sa forme normale. On y remarque une notable élévation.

À la palpation on a une sensation de tumeur sous-cutanée à limites diffuses, mollasse, pas franchement fluctuante. Cet examen réveille de la douleur chez la malade.

Le Professeur TRÉLAT, dans une clinique faite sur ce sujet, exposa qu'il était infiniment probable que la tumeur reconnaissait pour cause la contusion et l'épanchement sanguin consécutif, mais qu'il était impossible de déterminer exactement si l'on était en présence d'une collection liquide hématique à parois épaisses ou d'une masse lipomateuse.

La malade est opérée le 24 février. L'incision faite au niveau de la tumeur, il apparaît entre les deux lèvres de la plaie une masse grasseuse, et tandis que l'on dissocie quelques uns des lobes il s'écoule un liquide analogue par l'aspect à de l'huile.

Plus profondément on tombe sur une sorte de kyste irrégulier aplati et vide dont la cavité aurait pu contenir une noisette.

Les suites de l'opération furent régulières et la malade guérit parfaitement.

L'examen histologique de la tumeur confié au Professeur RANVIER, donne les renseignements suivants :

Kyste formé par une membrane connective lamelleuse ne présentant pas d'épithélium à la face interne, se continuant sans ligne de démarcation avec le tissu fibro-adipeux de la région. Le liquide contenu dans le kyste, d'après les renseignements cliniques, provient de métamorphoses de sang épanché et il s'agit dès lors d'un kyste développé autour d'un foyer hémorragique ancien.

La douleur éprouvée par la malade serait due aux tiraillements de deux gros filets nerveux situés, l'un au voisinage, l'autre à l'intérieur de la tumeur.

OBSERVATION N° 2

(Personnelle et *Inédite.*)

Paul M., âgé de 25 ans, Étudiant en Médecine, jouait en février 1919 un match de foot-ball à Paris. Au cours de la partie, se couchant à terre pour bloquer le ballon au moment précis où un joueur adverse allait botter, il reçoit avec violence un coup de pied dans la région fessière droite. Il essaye de se relever, mais ne pouvant marcher, il doit être transporté chez lui où il s'alite.

Au point de vue antécédents héréditaires et collatéraux rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de cinq ans sans complications aucune. Développement physique rapide et puissant.

Mobilisé, il monte aux tranchées; trois blessures peu graves n'intéressant pas le membre inférieur l'éloignent pendant quelques temps du front.

A aucun moment, notre malade n'a présenté de signes d'hémophilie.

Le lendemain de l'accident le médecin constate les faits suivants :

A l'inspection, on remarque dans la région fessière droite, occupant à peu près son centre, une tuméfaction noirâtre d'une superficie de dix centimètres carrés environ. Gonflement assez marqué, mais pas de plaie.

La palpation révèle la présence d'une masse de la grosseur d'un abricot, légèrement rénitente, due à l'existence probable de caillots sanguins. Tout autour les muscles semblent contractés légèrement. La ponction exploratrice ramène un liquide séro-sanguinolent.

La pression est douloureuse, et le malade souffre lorsqu'il essaye de faire des mouvements, en particulier celui de la flexion de la cuisse sur le bassin.

Pas de lésion osseuse; la pression sur la tubérosité ischiatique ou le grand trochanter est très bien tolérée par le malade.

On fait de la compression et des enveloppements ouatés chauds et au bout du cinquième jour le malade quitte le lit.

La tuméfaction a presque entièrement disparu et il ne reste plus à sa place qu'une légère teinte ecchymotique. Toutefois le malade éprouve une certaine difficulté à marcher, et ressent de la douleur s'irradiant vers son membre inférieur. On lui fait alors du massage et vers le quinzième jour tout rentre dans l'ordre.

Le malade reprend ses occupations, mais il ressentira néanmoins pendant quelque temps encore une certaine douleur dans les mouvements brusques et les exercices violents.

OBSERVATION N° 3

Docteur VIELLE. — (*Inédite.*)

Xavier C..., marin d'eau douce, âgé de 57 ans, habitant Port-de-Lanne (Landes).

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse à l'âge de 84 ans; mère morte paralysée à l'âge de 81 ans.

Antécédents collatéraux. — Trois frères en bonne santé, un autre mort de tuberculose pulmonaire. Deux sœurs, l'une en excellente santé, l'autre morte en bas-âge.

Au point de vue antécédents personnels, rien de particulier à signaler. Aucune maladie, et pas de traces d'hémophilie.

Le 30 janvier 1921, sans avoir jusque là quitté son travail, Xavier C... s'aperçut qu'il avait une petite tuméfaction de la fesse droite qui le gênait un peu dans la position assise, et lui causait une légère douleur lorsqu'il ramait.

C'est pour cette raison qu'il vient consulter le médecin qui constate les faits suivants :

A l'inspection : ecchymose et tuméfaction de la fesse droite. A la palpation on décèle dans la région pelvi-trochantérienne une tumeur de la grosseur d'une mandarine. La pression à ce niveau réveille chez le malade une légère douleur. Toutefois ce dernier ne présente aucune réaction générale et pas de température.

L'examen et l'auscultation des divers organes ne présentent rien de particulier.

Toutes causes d'abcès venant de la région anale étant écartées, pas de fistules, pas d'hémorroïdes, pas d'abcès froid, le docteur pense à un hématome et pratique une ponction qui ramène un liquide sanguinolent.

Le marin prétend n'avoir point reçu de coups ni de contusions dans cette région ; cette masse est apparue sans cause plausible.

Quelques jours de repos, un peu de compression, des pansements humides, et au bout de deux mois tout rentre dans l'ordre.

L'épanchement sanguin s'est résorbé petit à petit et actuellement sa fesse droite a repris son aspect normal.

OBSERVATION N^o 4

(Thèse de GIRAudeau, Paris, 1866.)

M... B..., âgé de 37 ans, de parents bien constitués, est né à la Guadeloupe. Son père également, mais sa mère née au Danemark a quitté ce pays dès l'âge de cinq mois pour ne plus y retourner. Il s'est marié à l'âge de 24 ans. De ce mariage quatre enfants, deux filles et deux garçons; l'un d'eux, l'aîné, est mort de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies fréquentes, abondantes et surtout rebelles. Le deuxième est le sujet de notre observation.

Les deux filles ont toujours joui d'une excellente santé; l'une d'elles est mère de sept filles, parfaitement bien portantes.

Chez B..., enfant fort et de belle venue, on vit survenir à l'âge de quinze mois, sans cause connue, une tumeur dure et noire de la fesse gauche. Quelques jours après, on pratiqua à l'aide d'une lancette une ponction qui donna issue à une petite quantité de sang noirâtre, suivie bientôt d'une hémorragie qu'on ne pût arrêter, malgré tous les moyens employés. C'était les lèvres de la petite incision qui fournissaient le sang. Force a été de laisser l'hémorragie suivre son cours jusqu'à ce que le liquide ne fut plus que du sérum (c'est l'expression de la mère).

L'enfant se rétablit cependant assez vite, mais fut jusqu'à l'âge de quinze ans, constamment atteint d'hémorragies pareilles, plus ou moins rebelles, et amenées par les plus petits accidents : une dent arrachée, une piqûre, la plus légère coupure...

A quinze ans, les hémorragies diminuèrent, mais des tumeurs sanguines dures et assez volumineuses, des ecchymoses, se présentaient soit spontanément, soit sous l'influence de la plus légère contraction, soit par une faible contusion et se terminaient ensuite par la résolution.

C'est à cet âge que se montrèrent également des douleurs articulaires aux bras et aux jambes.

A vingt-trois ans il eut un phlegmon de la jambe, le malade venant d'arriver en France. Le médecin connaissant la disposition de B... aux hémorragies n'évacua pas le pus au bistouri. Après de nombreuses fusées purulentes et les accidents les plus graves, mais non hémorragiques, le malade guérit mais avec une rétraction très grande du tendon d'Achille, rendant la marche impossible.

La ténotomie fut pratiquée pour obvier à cette infirmité. Le cinquième jour de l'opération une hémorragie des plus graves eut

lieu par les bords de la petite plaie et résista à tous les moyens employés pendant six jours. Elle cessa d'elle-même au milieu d'une syncope, après avoir failli enlever le malade qui se remit cependant, au bout de trois au quatre mois, du profond état d'anémie où l'avait plongé cet accident.

Le malade a eu ensuite, à diverses reprises, des ecchymoses, mais moins étendues que par le passé. Faisons remarquer que notre malade n'a pas eu d'augmentation de volume de sa rate, pas de bruits anormaux au cœur. Jamais ses ascendants n'ont présenté ni hémorragies, ni rhumatismes, au moins à sa connaissance.

OBSERVATION N° 5

(*Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1864. — GOSSELIN.)

Un malade âgé de 51 ans, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 8, dans le service de GOSSELIN, pour être traité de fractures multiples de côtes, portait à la région ischiatique une tumeur d'un diagnostic difficile, et qui vient d'être enlevée avec succès.

Il y a seize ans, le malade avait fait une chute sur la fesse, chute à la suite de laquelle il avait dû garder le lit pendant trois semaines. Il s'était relevé et avait vaqué à ses affaires après ce temps, mais il lui restait une tumeur molle, de la grosseur d'une noix, qui occupait la saillie de l'ischion. Pendant dix ans la tumeur s'était accrue lentement, sans occasionner aucune gêne; dans la position assise elle supportait le poids du corps.

En jouant avec ses camarades, notre malade avait reçu un coup de pied sur la fesse, la tumeur avait été froissée et avait pris un nouvel accroissement. Au moment où GOSSELIN a vu cette lésion, voici dans quel état étaient les parties.

Une tumeur du volume d'une tête de fœtus mobile profondément en apparence, ne suivant pas les mouvements de la cuisse pendant l'extension, recouvrait l'ischion.

Consistance variable; dure en certains points, elle présentait par places de la fluctuation franche. La santé générale était bonne. Un instant GOSSELIN a pensé à un lipome simple, mais la dureté de plusieurs points forçait à rejeter ce diagnostic. Il ne s'agissait pas non plus d'un enchondrome, la tumeur jouissant d'une certaine

mobilité profonde, la pseudo-fluctuation ne pouvant pas se rapporter à une telle lésion. Restait l'hypothèse d'un lipome fibreux ou d'un fibrome. La pensée d'un kyste hématique dans la bourse séreuse située sous l'ischion avec transformation consécutive, hypertrophie fibreuse des parois, et avec altération du liquide contenu, n'était pas moins acceptable : GOSSELIN était de ce dernier avis, en faisant toutefois des réserves.

Une ponction exploratrice donne issue à du liquide séreux clair, un peu filant.

Le 21 janvier une incision cruciale a été faite sur la tumeur. Le muscle grand fessier étant aminci, celle-ci fut rencontrée immédiatement sous la peau. Dépouillée de ses adhérences, incisée au bistouri, la tumeur laisse échapper un liquide semblable à celui qui a été évacué par la ponction. La tumeur était unie assez intimement à l'os. Un pansement simple a été maintenu sur la plaie. Aujourd'hui aucun accident n'est survenu, la plaie bourgeonne, l'état général est excellent.

A l'œil nu, la pièce représentait un kyste à deux grosses loges constituées par une enveloppe d'apparence fibreuse, tapissées à la face interne par des masses fibreuses analogues à celles qui existent dans les anciennes tumeurs hématiques.

Le Professeur ROBIN a fait l'examen microscopique : il y avait dans cette enveloppe fibreuse un revêtement protéique infiltré de productions grassieuses et de quelques rares éléments fibreux. Les petits kystes contenaient sur leurs parois une substance gélatiniforme et on trouvait des éléments fibro-plastiques répandus en plusieurs points. Il n'y avait de vaisseaux un peu développés et un peu multipliés qu'au voisinage des petits kystes.

OBSERVATION N° 6

(Due à l'obligeance de M. René VILLAR. — *Inédite.*)

P... Émile, 25 ans. Athlète. Célibataire. Entre à l'hôpital Saint-André, dans le Service de Chirurgie de M. le Professeur VILLAR, le 23 mai 1921, pour une tuméfaction de la fesse gauche.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de cinq ans. Grippe à 22 ans avec congestion pulmonaire droite. Chancre induré de la verge en 1916. Certaines tendances aux hémorragies, à la suite de dents arrachées.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans d'une congestion pulmonaire. Mère décédée à l'âge de 64 ans. Il est le dernier d'une famille de 14 enfants; 4 filles et 10 garçons.

A l'heure actuelle il ne reste plus que 2 filles et deux garçons; les autres sont morts d'accidents ou à la guerre.

Histoire de la maladie. — L'affection paraît avoir commencé il y a quinze jours. Le malade n'a rien ressenti avant cette date; à ce moment, il note simplement l'apparition d'une légère douleur dans la hanche entraînant une certaine gêne à la marche.

Le lendemain, P... constate la présence d'une tuméfaction de sa fesse gauche et abandonne son travail. L'état général est légèrement touché. Anorexie et petites poussées thermiques.

Examen du malade. — A l'inspection on se trouve en présence d'une tuméfaction siégeant sur la face externe de la fesse gauche mesurant 15 centimètres de long sur 10 de large. Rien de particulier sur les téguments.

La palpation décèle une tumeur du volume d'un petit melon, non adhérente à la peau, mais, en revanche, adhérente au plan profond.

D'une façon générale cette tumeur est résistante, mais il existe à la partie inféro-externe un point plus dur au niveau duquel la pression est douloureuse. Pas de douleur à la pression sur la crête iliaque, le rachis et le sacrum. En faisant contracter les muscles fessiers, la tuméfaction paraît encore plus immobile. Au point de vue des signes fonctionnels, il y a limitation des mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse, mais sans douleur. Pas de phénomènes nerveux. On trouve quelques ganglions dans l'aîne des deux côtés. La ponction faite ramène du sang noirâtre, la radiographie ne donne rien de particulier.

Le malade est opéré le 28 mai 1921, par M. le Prof. VILLAR.

On pratique une longue incision en pleine fesse dont le milieu correspond à la partie culminante de la tuméfaction. Cette incision est faite parallèlement aux fibres du grand fessier. On trouve alors une poche volumineuse, à parois résistantes, constituée par une surface nacrée, arrondie, faiblement adhérente au grand fessier mais fixée intimement à la profondeur. On incise la tumeur qui contient du sang et des caillots sous pression. On fait un nettoyage à la compresse et on place un drain. L'opération ne provoqua point de forte hémorragie, contrairement à ce que l'on attendait. La plaie est surveillée attentivement, lavée à la liqueur de Dakin et à l'eau oxygénée. Cependant on constate pendant plusieurs jours la formation de nouveaux caillots. On fait au malade qui est très

anémie du sérum gélatiné, de l'hémostyl et du sérum anti-diphthérique, ce dernier donnant un excellent résultat. Pendant quelque temps son état est grave, mais grâce à un traitement énergique il se remet bientôt.

Aujourd'hui sa plaie bourgeonne, le malade commence à marcher, et la guérison n'est plus qu'une question de jours.

L'examen histologique de la pièce pratiquée par M. le Professeur SABRAZÈS confirme bien le diagnostic : « Il s'agit d'un hématome avec un énorme développement d'un tissu conjonctif infiltré de pigments. On ne voit pas de territoire permettant de penser à un sarcome accompagné d'hémorragies ».

L'examen du sang donne les résultats suivants :

Réaction Bordet-Wasserman.....	négative.
Temps de saignement.....	180 secondes.
Polynucléaires neutrophiles.....	71 %
» éosinophiles.....	2 %
Grands mononucléaires.....	2 %
Lymphocytes.....	24 %
Multilobes.....	1 %

CHAPITRE IV

Pathogénie et Évolution.

Que l'hématome soit provoqué ou spontané, c'est surtout au niveau des capillaires que s'effectue l'hémorragie ; elle se fait en nappe et peut avoir suivant les cas une durée variable.

Supposons un instant que, pour une raison quelconque, le sang s'épanche dans la fesse. Que va-t-il se passer ?

A un moment donné, la résistance des tissus, des os, des muscles, des aponévroses, contrebalançant la pression artérielle, le sang ne s'écoule plus. Le caillot se forme, oblitère même la plaie et devient autonome.

Dans les cas heureux et ne relevant pas de l'hémophilie, la résorption se fera en quelques semaines, voire même en quelques jours.

Dans d'autres cas, au contraire, lorsque le caillot est trop volumineux et trop dense pour être résorbé l'hématome peut passer à la chronicité et les tissus environnants l'enkyster dans une couche de sclérose. Il peut même arriver parfois qu'il y ait une véritable suppuration et dans certains cas, comme le montre notre observation n° 5, l'hématome peut subir une transformation kystique.

Les dispositions anatomiques et la déclivité imposent une certaine marche aux infiltrations sanguines. En voici un exemple emprunté à la clinique de PELLETAN (II, p. 118) :

« Un couvreur, tombé du troisième étage, n'avait guère » que le membre inférieur gauche d'épargné et se tenait

» couché sur ce côté. Au bout de quinze jours, une large
» ecchymose apparut à la face externe de la région iliaque
» gauche s'étendant en bas à la partie postéro-supérieure
» de la cuisse. Le sang primitivement épanché dans le tissu
» cellulaire sous-péritonéal de la région lombaire droite
» avait fusé sous la séreuse jusque dans le bassin et de là
» probablement par plusieurs voies, sous la peau de la fesse
» gauche et des régions voisines. »

Dans les cas d'hémophilie, plusieurs facteurs concourent, avec la friabilité congénitale des vaisseaux, à la production de pertes de sang.

Les actions émotives et d'une manière générale l'influence du système nerveux jouent un rôle incontestable dans la genèse des hémorragies.

C'est ainsi que LANCERAUX fait observer avec raison que lorsqu'elles se produisent spontanément elles sont mobiles, capricieuses, intermittentes, périodiques même, à la façon des hémorragies de causes nerveuses; qu'elles apparaissent souvent à la suite d'une fatigue, d'un écart de régime, toutes les conditions dans lesquelles le système nerveux vaso-moteur a été troublé.

Dans la question hémostase, il convient aussi de faire intervenir la composition du sang, qui dans l'hémophilie paraît quelquefois dépourvu de fibrinogène.

Les vaisseaux par leur friabilité, le système nerveux par la facilité avec laquelle les mouvements hémorragiques congestifs sont mis en action, le sang par son incoagulabilité concourent donc ensemble à la production des hématomes, à leur incoercibilité, et partant à leur gravité dans la diathèse hémorragique constitutionnelle ou hémophilie.

On comprendra aisément que les petits hématomes dus à un traumatisme, traités à temps, évolueront vers la résolution. D'autres, au contraire, mal soignés ou soignés trop tardivement, pourront s'infecter et suppurer. Dans les cas d'hémophilie, la disparition de la collection sanguine

n'excluera pas par la suite la possibilité de manifestations analogues.

Il arrive que ces pertes de sang répétées chez ces malades soient la cause d'une anémie intense pouvant dans certains cas amener la mort.

Díagnostic.

Il convient de se pénétrer de son importance en raison de la confusion facile de l'hématome profond avec certaines affections de la région fessière et des conséquences que pourrait amener une pareille méprise.

On éliminera tout d'abord les *abcès chauds* et *phlegmons* de la région, de même que les *nodules* qui apparaissent parfois à la suite d'injections intra-fessières. Il en sera de même des *abcès froids* nés sur place, qui sont plutôt une rareté, et enfin des *abcès froids migrateurs* dont l'origine osseuse sera en général facile à découvrir. Ce sera d'avec le *lipome* que le diagnostic sera le plus souvent difficile. En effet, on rencontre assez fréquemment dans cette région des lipomes, sous-cutanés ou profonds, pouvant acquérir un volume parfois considérable. Leur pseudo-fluctuation pourra quelquefois tromper le clinicien.

Le *sarcome* de la fesse, tumeur plus ou moins rénitente, pourra lorsqu'il s'accompagnera seulement au début de gêne locale sans retentissement sur l'état général, prêter à confusion. Il en serait de même d'un *kyste hydatique*, d'ailleurs plutôt rare dans cette région. Nous arrivons maintenant aux anévrysmes ; *anévrisme artériel simple*, *hématome diffus anévrysmal*, *anévrisme artérioso-veineux*. Dans ces trois variétés la notion d'étiologie d'une part, et d'autre part les

signes bien particuliers comme, le thrill, les battements, l'expansion, masqués souvent il est vrai par l'épaisseur du grand fessier, permettront cependant de les différencier d'un hématome simple.

C'est à dessein que nous ne faisons que mentionner les hématomes diffus anévrysmaux. Il nous semblerait sortir du cadre de notre travail si nous faisons ici une étude complète de tous les anévrysmes pouvant se rencontrer dans la région fessière.

En résumé, alors que le diagnostic sera facile dans le cas d'hématomes d'origine traumatique se traduisant par une ecchymose, il n'en sera pas de même de ceux qui profonds se seront développés spontanément sans cause appréciable.

C'est pourquoi il faudra presque toujours, pour confirmer le diagnostic, pratiquer une ponction exploratrice. Celle-ci fixera sur la nature solide ou liquide de la tumeur. L'examen microscopique nous donnera des renseignements complémentaires. Notons cependant que si le foyer hémattique ne contient que des caillots, la ponction ne donnera rien et seule l'incision pourra éclairer le chirurgien.

Pronostic.

Le pronostic sera intimement lié à la cause. Bénin dans le cas de petits hématomes, il revêtira une tout autre gravité quand il s'agira d'hémophilie. L'hématome en pareil cas ne sera, en effet, qu'une manifestation d'une diathèse qui pourra, par la répétition et la généralisation de semblables accidents, mettre en danger la vie du sujet.

Traitement.

Suivant la variété d'hématome à laquelle nous aurons affaire, nous devons employer une thérapeutique spéciale. De toute façon, deux moyens en présence :

1° Le traitement médical seul;

2° Le traitement chirurgical et médical associés.

Dans certains cas bénins, les moyens physiques tels que la compression, les applications chaudes, le massage, suffiront à amener rapidement la résolution. Lorsque nous serons en présence d'hématomes profonds, l'intervention chirurgicale sera indiquée pour plusieurs raisons :

1° Ces hématomes étant en général volumineux occasionnent une gêne fonctionnelle à laquelle il faudra remédier;

2° On ne peut en pareil cas compter sur une résorption spontanée.

Quand il s'agira d'hémophilie, la conduite à tenir sera tout à fait différente. Cette diathèse étant, en effet, comme l'a dit VAQUEZ, un « noli me tangere » redoutable pour le chirurgien, c'est plutôt au traitement médical que l'on s'adressera tout d'abord.

De nombreux médicaments ont été employés tour à tour, mais l'on peut dire avec TUFFIER, qui a longuement étudié la question, qu'aucun n'est absolument spécifique car il n'y a pas une hémophilie, mais des hémophilies. Alors que parfois on a obtenu de bons résultats par l'emploi du chlorure de calcium, surtout en vogue après les travaux de WRIGHT en Angleterre, GUILLOT, du Havre, rapporte des cas où ce médicament a été absolument inefficace. Il en est de même de diverses substances, agissant sur les parois

vasculaires, telles que l'antipyrine, l'adrénaline, l'ergotine, etc.

Il semble à l'heure actuelle, comme le préconise WEILL, que ce soit le sérum frais de cheval en injections sous-cutanées qui soit le plus efficace. Le sérum antidiphtérique a donné chez notre sixième malade d'excellents résultats. Quoi qu'il en soit, si le médecin ne peut aller à la source même de l'hémorragie pour l'arrêter, pour indirecte que soit son action elle devra être raisonnée, si elle veut être efficace dans quelques cas.

CONCLUSIONS

- I. — La région fessière peut être le siège de diverses variétés d'hématomes.
- II. — Le diagnostic, facile lorsqu'il s'agira d'une variété traumatique, sera beaucoup plus délicat lorsque ces hématomes relèveront d'une cause pathologique un peu obscure comme l'hémophilie.
- III. — Aussi arrive-t-il que certaines de ces collections sanguines nées spontanément peuvent être confondues avec un abcès froid, un lipome, un anévrisme, voire même avec un sarcome.
- IV. — Un diagnostic précoce dictera au clinicien la thérapeutique à suivre. En opérant certains hématomes au début, on évitera leur transformation kystique possible, leur accroissement et la gêne fonctionnelle consécutive.
- V. — Le pronostic sera intimement lié à la cause. Bénin, dans les cas de petits hématomes, d'origine traumatique, il revêtira une grande gravité chez les hémophiles.

VI. — Enfin la thérapeutique à employer différera avec chaque variété. C'est ainsi que d'une façon générale l'excision chirurgicale sera indiquée pour les gros hématomes, tandis que chez les hémophiles il faudra préférer tout d'abord un traitement médical basé surtout sur l'emploi du sérum frais de cheval.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

F. VILLAR.

Vu :

Le Doyen,

SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 Juillet 1921.

Pour Le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

SIGALAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SCHERILL. — Some rare forms of hæmatoma. (South. M. J. Nahsville, 1909).
- BERTIER et GAILLARD. — Hématome des deux Psoas iliaque chez un hémophile. (*Journal des Praticiens*, Paris, 1909.)
- NEALE. — Large hæmatoma of buttock. (*The Lancet*, London, 1886.)
- COULON. — Tumeur du siège. - Kyste séro-sanguin. (*Gazette hebd. de Méd.*, Paris, 1861.)
- ORY. — Tumeur de la fesse gauche. (*France Médicale*, Paris, 1874.)
- PHILIPPEAUX. — Kyste sanguin volumineux de la fesse droite. (*Abeille Méd.*, Paris, 1870.)
- GRENAUDIER. — Hématome de la fosse iliaque. (Thèse de Paris, 1882.)
- GIRAudeau. — Hématome de la fesse chez un enfant. (Thèse de Paris, 1866.)
- F. LEGUEU. — Hémophilie musculaire. (*Bul. et Mém. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1910.)
- POULEAU. — Sur l'hémophilie et son traitement. (Thèse de Montpellier, 1910).
- TELLIER. — Tumeur de la fesse. (*Mém. et Compte-rendu Soc. des Sc. Méd.*, Lyon, 1899.)
- LACOUTURE. — Sarcome de la fesse. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1903.)
- LABBÉ. — Pathogénie de l'hémophilie. (*Méd. Moderne*, Paris, 1907.)
- GUILLLOT. — A propos de 3 cas d'hémophilie. (*Bul. et Mém. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1910.)
-



